

問 診 票

《お願い》新型コロナウイルス感染症の検査に関して、自主検査で陽性もしくは他院にて陽性と診断され、
今回受診された方は☑をいれてください。

☐ 自主検査にて陽性

☐ 他院で陽性（来院理由： _____ ）

車でお待ちいただく場合があるので、ご記入ください。

車のナンバー		車の色	
--------	--	-----	--

体 温	° C (月 日 時現在)	体 重 (12歳以下の方はご記入下さい)	k g
-----	-------------------	-------------------------	-----

1. 受診者

ふりがな		生年月日・年齢	(M、T、S、H、R) 年 月 日 歳
氏名		性別	☐ 男 ☐ 女
職業		勤務先・学校等	
住所(住民登録地)	〒 _____		
電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	
現時点の居所 (現在住んでいるところ)	☐ 同上 ☐ 他 〒 _____		
同居家族	☐ あり (☐ 高齢者 ☐ 基礎疾患患者 ☐ 免疫抑制状態者 ☐ 妊娠者 ☐ 医療従事者等) ☐ なし		

2. 受診者本人以外の連絡者

ふりがな		続柄	
氏名			
住所	〒 _____		
電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	

3. 妊娠・喫煙・基礎疾患・薬のアレルギー・受診歴等

妊娠の有無	☐ あり ☐ なし	ありの場合月数	
喫煙の有無	☐ あり ☐ なし	喫煙歴	☐ あり ☐ なし
基礎疾患等の有無	☐ 抗がん剤の使用 ☐ 呼吸器疾患(COPD等) ☐ 慢性腎臓病 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症(高コレステロール血症) ☐ 脳血管疾患 ☐ 認知症 ☐ 心不全 ☐ 免疫抑制剤の使用 ☐ 肥満(BMI30以上) ☐ その他 (_____)		
薬のアレルギー	☐ あり ☐ なし	ありの場合、薬名	
他院での受診	こちらの診療所を受診される直前に、どちらかの医療機関を受診されていますか？ ☐ あり ☐ なし		
		ありの場合、病名	
		ありの場合、処方された薬	

4. 症状及び濃厚接触の有無

☐ 発熱	月 日から	☐ 嘔気・嘔吐	月 日から	5. コロナワクチン接種歴 ☐ あり ※接種日とワクチン種類に○を付けてください。 (ファザー：フ、エム：モ、アストラ：初：ア) 1回目： 年 月 日 (ワクチン種類：フ・モ・ア・不明) 2回目： 年 月 日 (ワクチン種類：フ・モ・ア・不明) 3回目： 年 月 日 (ワクチン種類：フ・モ・ア・不明) ☐ なし
☐ 咳	月 日から	☐ 下痢	月 日から	
☐ 息苦しい	月 日から	☐ 結膜炎	月 日から	
☐ 全身倦怠感	月 日から	☐ 味覚・嗅覚異常	月 日から	
☐ 頭痛	月 日から	☐ のどが痛い	月 日から	
☐ その他の症状 (_____)	月 日から			
推定感染源	☐ あり ☐ なし ありの場合、いつ、どこで、誰と (_____)			